Deutscher Bundestag **Drucksache 16/3045**

16. Wahlperiode 19. 10. 2006

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Kai Boris Gehring, Birgitt Bender, Ekin Deligöz, Dr. Thea Dückert, Markus Kurth, Elisabeth Scharfenberg, Margareta Wolf (Frankfurt) und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Verschreibung von Medikamenten an Kinder und Jugendliche bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

Die Verschreibung von Methylphenidat in der Bundesrepublik Deutschland ist in den letzten Jahren rapide angestiegen: 1990 lag die Zahl der damit behandelten Kinder noch bei 1 500, heute beläuft sie sich nach Schätzungen der deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin auf 50 000 bis 100 000. Methylphenidat ist eine Psychostimulans aus der Gruppe der Amphetamine, die vorrangig zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) eingesetzt wird. ADHS ist heute die am häufigsten diagnostizierte psychische Störung bei Kindern. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte schätzt, dass ca. 500 000 Kinder davon betroffen sind. Die Ursache für ADHS ist noch nicht wissenschaftlich geklärt: Angeblich beruht sie auf einer genetisch bedingten Stoffwechselstörung im vorderen Gehirn. Kritiker zweifeln jedoch an den biologischen Ursachen und weisen darauf hin, dass die medizinische Wissenschaft grundsätzlich vermehrt zu multikausalen und psychosomatischen Erklärungsansätzen bei Krankheiten tendiert, deren Ausprägung aufgrund von Umweltbedingungen und Erziehung unterschiedlich verläuft. Bislang gibt es keinerlei klinischen Beweis dafür, ob Veränderungen des Hirnstoffwechsels Ursache oder lediglich Begleiterscheinung von ADHS sind. Die Symptome für ADHS sind relativ unspezifisch, d. h. sie treten auch bei gängigen Verhaltensstörungen im Kindesalter auf, die andere Ursachen haben. Ebenso können körperliche Erkrankungen oder auch normales kindliches Verhalten diese Verhaltensweisen hervorrufen. Es gibt bislang kein objektives Diagnostikverfahren, mit dem eine ADHS-Stoffwechselstörung im Hirn von normaler Verhaltensauffälligkeit unterschieden werden kann.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte sowie die frühere Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, gingen in früheren Erklärungen davon aus, dass viele Ärzte mit der richtigen Diagnose überfordert sind. Entsprechende Berichte von Klinikern über vorschnelle Medikation bei Kindern ohne ADHS unterstützen diese Vermutung. Aufgrund einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung unterstützen Studie zur Arzneimittelversorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde zudem ein Zusammenhang zwischen Verordnungshäufigkeit und einer großen Dichte von Elterngruppen, die eine medikamentöse Therapie bevorzugen, offensichtlich.

Methylphenidat mindert die Unaufmerksamkeit und Aggressivität der Betroffenen und steigert die Konzentration. Als Nebenwirkungen können allerdings Appetits- und Gewichtsverlust, Störungen des Magen-Darm-Traktes, Blut-

drucksteigerungen und erhöhte Herzfrequenz sowie Schlafstörungen auftreten. Zudem kann das Präparat bei den behandelten Kindern zu einem verminderten Längenwachstum, depressiven Verstimmungen, Lustlosigkeit, Benommenheit und Persönlichkeitsveränderungen führen. Es gibt Meldungen aus den USA, dass vermehrt Todesfälle bei Kindern aufgetreten seien, die mit Methylphenidat behandelt worden waren. In der Wissenschaft wird zudem diskutiert, ob der Wirkstoff Halluzinationen verursachen und Parkinson auslösen kann. Die Langzeitwirkungen von Methylphenidat sind bislang nicht erforscht.

Verschrieben werden kann Methylphenidat durch jeden Arzt. Eine Spezialisierung im Bereich der Kindermedizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nicht erforderlich. Auch Art und Umfang der Therapie werden vom Arzt frei entschieden. Ein hoher Anteil der Verschreibungen (ca. 35 bis 45 Prozent) erfolgt durch Fachärzte, die keiner dieser beiden Fachrichtungen angehören. Zudem werden nach einer Studie über 70 Prozent aller Verordnungen nicht durch eine Kinder- und Jugendpsychiaterin bzw. einen Kinder- und Jugendpsychiater vorgenommen, so dass unklar bleibt, ob diese überhaupt in die Diagnostik und Behandlung mit einbezogen wurden. Die Verschreibung von Methylphenidat erfolgt oft schon bei Kleinkindern unter sechs Jahren, für die der Wirkstoff gar nicht zugelassen ist (sog. off-label-use). Die frühere Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, sowie die Bundesärztekammer forderten daher eine verbesserte Qualifikation der behandelnden Ärzte.

Bislang gibt es noch keine Untersuchungen über die therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, denen Methylphenidat verschrieben wurde. Kritische Stimmen befürchten, dass entsprechende Präparate oft leichtfertig als Mittel benutzt werden, um damit Kinder ruhigzustellen oder unerwünschtes Verhalten zu unterdrücken. Sowohl für Erziehungsberechtigte wie auch für das Gesundheitswesen insgesamt ist diese Behandlung leichter und kostengünstiger als die Suche nach möglicherweise aufwendigen, individuellen Therapiemöglichkeiten für eine zunehmende Zahl von verhaltensauffälligen Kindern.

Die frühere Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, äußerte 2002 den Verdacht, dass aufgrund des rapiden Anstiegs der Verschreibungen von Methylphenidat eine fehlerhafte Verordnungspraxis vorliegen könne. Sie forderte die Einhaltung der wissenschaftlichen Standards und kündigte an, die Verschreibungspraxis von Methylphenidat einschränken zu wollen.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Frage, ob ADHS eine eigenständige Erkrankung ist, die sich auf eine biologische Ursache zurückführen lässt?

   Sieht die Bundesregierung hier weiteren Forschungsbedarf?

   Wenn ja, in welcher Form unterstützt sie wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Thema?

   b) Liegen der Bundesregierung aktuelle Zahlen darüber vor, bei wie vielen Kindern und Jugendlichen bundesweit AHDS diagnostiziert wurde?

   Wenn keine solchen aktuellen Zahlen vorliegen, wieso nicht?

   c) Was hat die Bundesregierung in den vergangenen Jahren getan, um auf gleichmäßige Standards für die Diagnose von ADHS hinzuwirken?

   Welche weiteren Initiativen plant die Bundesregierung in dieser Hinsicht?

   d) Was hat die Bundesregierung in den vergangenen Jahren unternommen, um auf eine Verbesserung der Qualifikation von Fachärzten im Bereich der Kindermedizin sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Bereich der Diagnose und Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung hinzuwirken?

e) Was hat die Bundesregierung in den vergangenen Jahren getan, um auf eine Verbesserung der Versorgungsstruktur im Hinblick auf umfassende Diagnostikmöglichkeiten bei Verdacht auf ADHS hinzuwirken?

In welcher Form ist dies erfolgt?

Welchen weiteren Handlungsbedarf – auch auf Seiten der Ärztekammern – sieht die Bundesregierung in diesem Zusammenhang?

f) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über eine unterschiedliche Ausformung und Symptomatik von ADHS bei Jungen und Mädchen?

Wie verhält sich die Bundesregierung zur Vorgabe besonderer Diagnostikkriterien für Patientinnen?

2. a) Liegen der Bundesregierung aktuelle Zahlen darüber vor, wie viele Kinder und Jugendliche Methylphenidat einnehmen?

Wenn keine solchen aktuellen Zahlen vorliegen, plant die Bundesregierung eine solche Erhebung?

b) Sieht die Bundesregierung aufgrund der Ergebnisse der Studie zur Arzneimittelversorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungsdaten der GKV Bedarf für eine umfassende bundesweite Analyse der Verordnungsdaten von Methylphenidat?

Wenn nicht, wieso nicht?

c) Hat die Bundesregierung Erkenntnisse darüber, in welcher Form sich die Zulassung von Atomoxetin auf die Verschreibungshäufigkeit von Methylphenidat ausgewirkt hat?

3. a) Liegen der Bundesregierung Angaben darüber vor, über welchen Zeitraum die Einnahme von Methylphenidat im Durchschnitt erfolgt?

Wenn keine solchen aktuellen Zahlen vorliegen, plant die Bundesregierung eine solche Erhebung?

b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Folgen einer langfristigen Einnahme von Methylphenidat durch Kinder und Jugendliche, insbesondere über eine mögliche Abhängigkeit?

c) Plant oder unterstützt die Bundesregierung Forschungsvorhaben, die sich mit den Langzeitfolgen der Einnahme von Methylphenidat befassen?

Wenn ja, welche sind dies?

Wenn nicht, wieso nicht?

4. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über eine möglicherweise erhöhte Zahl von Todesfällen bei Kindern und Jugendlichen, die mit Methylphenidat therapiert werden?

Sieht die Bundesregierung Bedarf, weitere Untersuchungen über eine solche mögliche Gefahr in Auftrag zu geben oder zu unterstützen?

5. a) Auf welche Art und Weise hat die Bundesregierung in der Vergangenheit darauf hingewirkt, dass Methylphenidat nicht ohne hinreichende Diagnose und therapeutische Indikation verschrieben wurde?

b) Welche Initiativen plant die Bundesregierung, um auf eine sachgerechte Verschreibung und Dosierung von Methylphenidat durch Ärzte und Erziehungsberechtigte hinzuwirken und Fehlverordnungen zu vermeiden?

Wenn keine Maßnahmen geplant sind, wieso nicht?

c) Sieht die Bundesregierung aufgrund der steigenden Verordnungszahlen Bedarf für eine besondere Aufklärung betroffener Erziehungsberechtigter und anderer Beteiligter über die Folgen einer (vorschnellen) Verordnung von Methylphenidat?

Wenn nicht, wieso nicht?

Wenn ja, in welcher Form soll diese Aufklärung erfolgen?

d) Hält die Bundesregierung die Forderung nach einer Pflichtberatung für Erziehungsberechtigte von Kindern und Jugendlichen, denen Methylphenidat verordnet werden soll, für sinnvoll (vgl. Ärztezeitung vom 17. Februar 2005)?

Wenn ja, warum?

Wenn nein, warum nicht?

6. Was tut die Bundesregierung, um eine Verschreibung von Methylphenidat an Kinder unter sechs Jahren im Rahmen eines so genannten off-label-use zu verhindern?

7. a) Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung in den letzten Jahren ergriffen, um auf eine Verbesserung der von ihr bemängelten unzureichenden Versorgungsstrukturen hinsichtlich umfassender Therapiemöglichkeiten von ADHS hinzuwirken?

b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über eine gleichzeitige psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen, denen Methylphenidat verordnet wurde?

c) Wie hat die Bundesregierung – wie 2002 von ihr gefordert – in den vergangenen Jahren sichergestellt, dass die Verschreibung von Methylphenidat nur dann erfolgen kann, wenn gleichzeitig ein Therapieangebot zur Verfügung gestellt wird?

Warum hat die Bundesregierung in diesem Zusammenhang nicht versucht, dies auf gesetzgeberischem Weg zu unterstützen?

d) Sieht die Bundesregierung weiteren Handlungsbedarf zur Verbesserung begleitender therapeutischer Maßnahmen?

Wenn nein, wieso nicht?

8. a) Wie verhält sich die Bundesregierung zu der Forderung, Methylphenidat nur durch besonders qualifizierte Ärzte verschreiben zu lassen?

Wieso hat sie nicht darauf hingewirkt, die entsprechende, von ihr angekündigte, Einschränkung der Verschreibung umzusetzen?

b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung hinsichtlich der Ausbildung und Qualifikation der Methylphenidat verschreibenden Ärzte?

Plant die Bundesregierung die Initiierung oder Unterstützung einer wissenschaftlichen Studie zu dieser Frage?

Wenn nicht, wieso nicht?

c) Was hat die Bundesregierung in den vergangenen Jahren unternommen, um die Qualifikation der behandelnden Ärzte im Umgang mit Methylphenidat zu verbessern?

d) Wie beabsichtigt die Bundesregierung darauf hinzuwirken, dass die Aus- und Fortbildung der ADHS behandelnden bzw. Methylphenidat verordnenden Ärzte verbessert wird?

e) Auf welche Weise will die Bundesregierung auf eine ausreichende und flächendeckende Versorgung mit Kinder- und Jugendpsychiatern hinwirken?

Welche Initiativen hat sie in den vergangenen Jahren bereits ergriffen, um auf das Problem der Unterversorgung hinzuweisen?

9. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Zusammenarbeit von pharmazeutischen Unternehmen und Fachärzteverbänden bzw. Elternverbänden, die Beratungen zur (medikamentösen) Behandlung von ADHS anbieten?

b) Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, dass diese Verbände und Gruppen eine finanzielle Unterstützung durch pharmazeutische Unternehmen offenlegen?

Wenn ja, warum?

Wenn nein, warum nicht?

Berlin, den 19. Oktober 2006

Renate Künast, Fritz Kuhn und Fraktion



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333